

令和 年 月 日

精華町長 様

確定申告に使用するのので、主治医意見書の内、令和 年 月に使用したおむつ代の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

申請者 住所 精華町

氏名

被保険者住所 精華町

氏名

令和 年 月 日

(申請者)

住所 精華町

氏名

様

精華町長 杉浦 正省

申請者からの申し出に基づき、令和 年 月に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、下記被保険者の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

(被保険者)

住所

氏名

被保険者番号

1. 主治医意見書の作成日 令和 年 月 日

2. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)(該当するものに○)

B 1 B 2 C 1 C 2

3. 尿失禁の発生可能性

あり